

Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa

Analia Verónica Losada

Dra. en Psicología.
Pontificia Universidad Católica Argentina

Bernardita Lioy Lupis*

*La presente investigación forma parte de su Trabajo de Integración Final para la obtención de su título de grado de Lic. en Psicología

Resumen

Etiología y Prevención de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa

El propósito del siguiente trabajo ha sido explorar los factores de riesgo asociados al desarrollo de un Trastorno de de la Conducta Alimentaria (TCA), a través de una revisión bibliográfica. Se analizaron factores de riesgo tanto psicológicos como socio-culturales, que puedan dar cuenta de la etiología de Bulimia Nerviosa (BN) y Anorexia Nerviosa (AN). En función de la identificación de los factores, se evaluaron distintas estrategias de promoción de la salud, de prevención primaria, secundaria y terciaria, analizando dichas estrategias de prevención desde distintos marcos teóricos. en cuanto a la comparación de distintas estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria, y de promoción de la salud, se concluye que es un área de capital importancia para poder mejorar la calidad de vida de las personas, así como para detener el curso de un Trastornos de la Conducta Alimentaria. La prevención terciaria ha sido la más estudiada hasta la actualidad, lo que demuestra que todavía debe investigarse más acerca de prevención primaria y secundaria. Además, los programas de prevención todavía no han demostrado que puedan detener el curso de un cuadro clínico de Bulimia Nerviosa o Anorexia Nerviosa.

Palabras clave

Etiología, Causas, Trastornos de la Conducta Alimentaria

Abstract

Etiology and Prevention of Bulimia Nervosa and Nervous Anorexia

The purpose of the following work has been to explore the risk factors associated with the development of an Eating Disorder (TCA), through a literature review. Psychological and socio-cultural risk factors were analyzed, which may account for the etiology of Bulimia Nervosa (BN) and Anorexia Nerviosa (AN). Based on the identification of the factors, different strategies of health promotion, of primary, secondary and tertiary prevention were evaluated, analyzing these prevention strategies from different theoretical frameworks. Regarding the comparison of different primary, secondary and tertiary prevention strategies, and health promotion, it is concluded that it is an area of capital importance to improve the quality of life of the people, as well as to stop the course of a Disorders of the Alimentary Conduct. Tertiary prevention has been the most studied to date, which shows that more should still be investigated about primary and secondary prevention. In addition, prevention programs have not yet shown that they can stop the course of a clinical picture of Bulimia Nervosa or Anorexia Nervosa.

Key words

Etiology, Causes, Eating Disorders

Resumo

Etiologia e Prevenção da Bulimia Nervosa e Anorexia Nervosa

O objetivo do trabalho a seguir foi explorar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de um Transtorno Alimentar (TCA), através de uma revisão da literatura. Foram analisados fatores de risco psicológicos e socioculturais, que podem explicar a etiologia da bulimia nervosa (BN) e anorexia nervosa (AN). Com base na identificação dos fatores, foram avaliadas diferentes estratégias de promoção da saúde, de prevenção primária, secundária e terciária, analisando essas estratégias de prevenção de diferentes estruturas teóricas. No que se refere à comparação de diferentes estratégias de prevenção primária, secundária e terciária e promoção da saúde, conclui-se que é uma área de importância capital para melhorar a qualidade de vida das pessoas, bem como para interromper o curso de Transtornos da conduta alimentar. A prevenção terciária tem sido a mais estudada até à data, o que mostra que ainda deveriam ser investigados mais sobre prevenção primária e secundária. Além disso, os programas de prevenção ainda não demonstraram que podem interromper o curso de um quadro clínico de Bulimia Nervosa ou Anorexia Nervosa.

Palavras-chave

Etiologia, Causas, Transtornos Alimentares

Delimitación del objeto de estudio

El propósito del siguiente trabajo ha sido explorar los factores de riesgo asociados al desarrollo de un Trastorno de de la Conducta Alimentaria (TCA), a través de una revisión bibliográfica. Se analizaron factores de riesgo tanto psicológicos como socio-culturales, que puedan dar cuenta de la etiología de Bulimia Nerviosa (BN) y Anorexia Nerviosa (AN). En función de la identificación de dichos factores, se evaluaron distintas estrategias de promoción de la salud, de prevención primaria, secundaria y terciaria, analizando dichas estrategias de prevención desde distintos marcos teóricos.

La AN se caracteriza por presentar una pérdida significativa de la masa corporal debido a una decisión voluntaria de bajar de peso mediante una restricción drástica de la ingesta de alimentos (Gil, Sanz & Pujol, 2000). Puede ser de tipo purgativo, en el cual se recurre a métodos purgativos o de tipo restrictivo en el cual se limitan a reducir la ingesta. La BN se identifica por una ingesta en exceso de alimentos que tienen alto contenido calórico en episodios recurrentes que luego provocan malestar físico y psicológico. Como conducta

compensatoria frente a este malestar, las personas que padecen dicho trastorno se autoinducen conductas purgativas (Losada & Whittingslow, 2013).

Según Haggerty, Sherrod, Gamezy y Rutterm (1994) se consideran factores de riesgo para la salud mental aquellas características del individuo, su entorno, su familia u otras características que aumenten el riesgo de desarrollar una psicopatología respecto a otros individuos que no están expuestos a dichos factores. Teniendo en cuenta este concepto, en este trabajo se van a analizar las interacciones entre los distintos factores de riesgo que pueden contribuir a la etiología de un TCA.

Se van a considerar aspectos psicológicos y socio-culturales ya que los modelos unicausales difícilmente puedan dar cuenta de la complejidad de la patogénesis de estos trastornos (Steiner et al., 2003). Es fundamental tener en cuenta, al momento de analizar los factores de riesgo para un determinado trastorno, que pocos de estos factores por sí mismos pueden causar psicopatología. La intersección e interacción entre distintos factores de riesgo aumenta las probabilidades de ulterior desa-

rollo de patología (Shaw, Owens, Vondra, Keenan & Winslow, 1997)

Es necesario esclarecer los factores de riesgo para poder actuar adecuadamente en el área de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad. La intervención temprana depende de la identificación del desorden o de sus precursores (Marshall, Lockwood, Lewis & Fiander, 2004; McGorry & Yung, 2003).

Los factores de riesgo psicológicos en AN se pueden agrupar en: estilos cognitivos, rasgos de personalidad e influencia familiar. Se destacan, en otros, la autoevaluación negativa, rasgo de perfeccionismo, apego inseguro entre madre e hija y baja autoestima (Steiner et al., 2003). El énfasis en un grupo u otro responde a la escuela a la cual pertenezca cada autor, así como también el momento en el cual investigó, ya que durante los años '30 el énfasis estaba puesto en factores biológicos como únicos responsables en la etiología.

Durante los años '60 y '70 el ambiente familiar fue el eje de las teorías causales en TCA, dotando de importancia al trauma infantil y al abuso sexual infantil (Schmidt, 2003). Entre estos últimos, se pueden destacar como fac-

tores de riesgo la familia sobreprotectora, rígida y evitadora de conflictos (Minuchin, 1974), familias resistentes al cambio, con menor expresividad y cohesión (Dancyger, Fornari, & Sunday, 2006) y familias caóticas caracterizadas por disciplina inconsistente, roles indefinidos y autoridad laxa (Tachi, 1999). En cuanto a los factores de riesgo psicológicos asociados a la BN se destacan la depresión materna (Arikian, Keel, Miller, Thuras, Mitchell & Crow, 2008), abuso sexual infantil (Losada, 2011; Wonderlich, et al., 2001), exposición a padres que padecen de patologías psiquiátricas (Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999) sobrevaloración de la apariencia física, síntomas depresivos, síntomas de impulsividad y disatisfacción con el cuerpo (Stice, Presnell & Spangler, 2002).

En cuanto a los factores de riesgo socio-culturales asociados al desarrollo de BN y AN se distinguen: un ideal de un cuerpo extremadamente delgado en el ámbito de la moda en la sociedad occidental (Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel & Stuckless, 1999), conflictos ligados al rol de género, ya que el género femenino es más vulnerable a desarrollar un TCA (French, Story, Remafedi & Resnick, 1996) e incluso la raza: las personas blancas son más propensas a tener ideas distorsionadas respecto a la consideración de lo atractivo y presentan mayor riesgo (Demarest & Allen, 2000), entre otros. Además, la industria de consumo alimentario estimula el deseo de comer, promocionando el hedonismo, pero por otro lado, la industria de las dietas incentiva la frustración de ese deseo, generando intensa ambivalencia y confusión en los adolescentes (Montilla Bravo, 2009).

Noordenbos (1994) habla de la importancia de la detección temprana de la enfermedad, ya que mientras menos se desarrolle mejora el pronóstico de recuperación. A su vez, Vandereycken y Meermann (1984)

declaran que todos los tratamientos concernientes a los TCA -prevención terciaria- son intentos para corregir algo que ya está torcido. Es por eso que se resalta la importancia de poner el énfasis en prevención primaria y secundaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) define la promoción de la salud como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud” (p. 10). La prevención se divide en tres niveles de actuación distintos: prevención primaria que se refiere a aquellas medidas o intervenciones que se realizan antes de la aparición de la enfermedad en personas sanas. La prevención secundaria que está destinada a la detección precoz de la enfermedad y así impedir su progresión y la prevención terciaria que comprende aquellas medidas propias del tratamiento o rehabilitación de una enfermedad para impedir su agravamiento (Vandereycken & Meermann, 1984).

En cuanto a las estrategias de promoción de la salud, es importante resaltar que deben estar pensadas desde el concepto de la salud que manejan los jóvenes en la actualidad para así ajustar los programas a sus demandas. En las estrategias de promoción la salud se promueven vínculos familiares sanos, con diversos recursos comunicativos, en los cuales los integrantes de las familias pueden expresar sus emociones. También se apunta a filtrar la información respecto a la salud a la que la juventud tiene acceso, de manera que no surjan contradicciones o falsas ideas. La información apropiada puede motivar el cambio y alentar a incorporar habilidades que permitan una elección saludable de alimentos, y perpetuar esta conducta a lo largo del tiempo (Loria Kohen, et al., 2009).

Psicología para América Latina

En el ámbito de la prevención primaria de la salud se destaca la actuación de profesionales de la salud es la detección temprana y la prevención de los TCA. Los obstáculos con los que se topa la prevención primaria son: el desconocimiento fehaciente de las causas de los TCA, poca frecuencia de consultas por parte de los adolescentes, su resistencia a conocer acerca de estos problemas y por lo tanto, la escasa concientización al respecto (Cabranes et al., 2000).

Noordenbos (1994) teoriza que la prevención secundaria en TCA se basa en la intervención temprana para prevenir que el comportamiento patológico, como dietas estrictas, se vuelva irreversible y crónico. Es esencial que el trabajo sea interdisciplinario y que las familias y escuelas participen del mismo. Esto se debe a que las personas que padecen de AN y BN difícilmente consulten, ya que encuentran una solución en la enfermedad a problemas previos, como ser baja autoestima, baja autoeficacia y sensación de pérdida de control. Montilla Bravo (2009), conceptualiza que el hacer dieta constituye para estas personas un efecto antidepresivo, es decir, pasar de pasividad e impotencia a controlar las necesidades. La misma autora señala que algunas de las intervenciones irían destinadas a discriminar entre dietas saludables y patológicas, para así alertar a un miembro de la familia que tiene conductas de riesgo, detectar reducción del peso riesgoso y obsesión con temas relacionados a la ingesta de comida. También conceptualiza que es importante apuntar a saber qué conflicto de fondo se intenta solucionar mediante la enfermedad, de manera de proveer a la persona con estrategias de asertividad, expresiones de emociones y mayor autoeficacia, entre otras.

En la prevención terciaria ya se habla del tratamiento específico de la enfermedad ya diagnosticada. En este caso se han investigado psicoterapias sistémicas, cognitivo-conductuales y psicoanalíticas, entre otras. En cualquier caso, los objetivos de la terapia apuntan a que el paciente alcance una experiencia positiva de uno mismo y de su cuerpo. Es fundamental pensar en el correlato entre el síntoma y el contexto (Losada, 2011) para así no sólo aliviar la sintomatología descriptiva, sino explorar el conflicto de base y prevenir futuras recaídas.

Stice y Ragan (2002) han propuesto que la aproximación indirecta a las personas en riesgo previene la aparición de resistencias y posturas defensivas a los programas. Es por eso que las estrategias de prevención que no son presentadas como prevención en TCA, han demostrado tener mayor eficacia. Esto se debe al hecho de que la población de riesgo de desarrollar estos trastornos se encuentra en la etapa de la adolescencia, entre 15 y 19 años en especial.

Objetivo

Analizar los factores que influyen en la etiología de los TCA y las posibles estrategias de prevención.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los TCA engloban un grupo de cuadros relacionados con alteraciones en la actitud y el hábito de comer. Se caracterizan por presentar una insatisfacción con el peso e imagen corporal que resultan de ideas sobrevaloradas o de distorsiones en la concepción de lo que es un cuerpo o peso perfectos. El comportamiento patológico llega a provocar alteraciones en el funcionamiento social (Baldares, 2013). Se ha calculado que un cuarto de los pacientes pueden necesitar hospitalización por razones médicas (Palla & Litt, 1988). Además, las tasas de mortalidad en AN han sido reportadas como las más elevadas dentro de los trastornos psiquiátricos (Birmingham, Su, Hlynsky, Goldner & Gao, 2005).

Son trastornos que suelen aparecer durante la adolescencia, pero también pueden registrarse en niños. (Becker, Grinspoon, Klibanski, Herzog, 1999). Se trata de patologías que requieren de un tratamiento a largo plazo y pueden conducir a la muerte (Baldavares, 2013). Por lo general coexisten con otras patologías como Trastornos de Ansiedad, Depresión y Abuso de Sustancias (Instituto Nacional de Salud Mental, 2011).

Etiología y factores de riesgo de BN y AN

Tanto la BN como la AN son trastornos complejos y de arduo tratamiento. Los modelos unicausales difícilmente puedan dar cuenta de la complejidad de la psicopatología que engloban, considerando etiología y patogénesis (Steiner et al., 2003). Los mismos autores proponen que el riesgo o la protección pueden surgir de múltiples esferas: biológica, psicológica y social. Los factores de riesgo y protección se agregan y potencian en fases específicas del desarrollo e interactúan para producir resultados adversos y diversos. Un factor de riesgo identifica a aquellos individuos que tienen un riesgo elevado de la futura emergencia de un trastorno. La presencia de más de un factor de riesgo no tiene un efecto sumatorio, sino exponencial, por lo que la presencia de 3 o más factores de riesgo aumenta considerablemente la posibilidad de desarrollo de psicopatología (Di Bártolo, 2003).

Es fundamental poder determinar factores de riesgo asociados a estos trastornos, ya que esta información elucidará los procesos etiológicos que causan estas condiciones, contribuirá para el diseño de programas de prevención y facilitará la identificación de individuos en alto riesgo a los que apuntar las estrategias de prevención (Stice, Ng & Shaw, 2010).

La investigación epidemiológica ha arrojado luz sobre la existencia del primer factor de riesgo en el desarrollo de TCA: ser mujer y adolescente. Las mujeres son más propensas a presentar este tipo de patología y la adolescencia representa un período de riesgo crítico para el desarrollo de este tipo de problemáticas (Keel & Forney, 2013).

Psicología para América Latina

Se han propuesto múltiples factores de riesgo individual relacionados con el desarrollo de BN y AN. Algunos devienen del individuo, otros son variables que median entre el individuo y el ambiente.

En la bulimia, la familia como primer agente de socialización de la persona, posibilita el acceso y adaptación de sus hijos a la sociedad. Es por eso que la familia adquiere un lugar prioritario para el desarrollo físico y psicológico de sus miembros (Pérez Camarero, Rojo Mora & Hidalgo Vega, 2009). Se puede afirmar que la composición y las relaciones familiares juegan un rol fundamental en la construcción de un psiquismo sano o patológico de los individuos. La adolescencia es el grupo de etario con mayor vulnerabilidad para desarrollar un TCA.

Con la llegada de los hijos a la adolescencia, se requiere de cambios vitales y de la introducción de nuevas pautas de crianza por parte de los padres. Los adolescentes tienen nuevas necesidades y los progenitores deben responder a una dualidad de tendencias: por un lado promover la unidad familiar, siendo fuente de apoyo, afecto y pertenencia; y por otro, tender hacia la autonomía y diferenciación de sus miembros (Pérez Camarero, Rojo Mora & Hidalgo Vega, 2009). De esta forma, la adolescencia representa una etapa especialmente estresante para la familia y es un momento proclive al desequilibrio (Mitsui, Buelga, Lila & Cava, 2001).

Las investigaciones han reportado que el sistema familiar de las pacientes que padecen BN suele ser más conflictivos, desorganizados, críticos y menos cohesivos que en las familias del grupo control (Humphrey, 1986; Johnson & Flach, 1985; Kog & Vandereycken, 1985). Sin embargo, muchas de las características de las familias dis-

funcionales también se asocian a la etiología de otros trastornos, como depresión (Blouin, Zuro & Blouin, 1990) o trastornos de personalidad (Steiger, Liquornik, Champman & Hussain, 1991).

Kendler, Walters & Neale (1995) han investigado que los factores familiares y ambientales son esenciales para el desarrollo de TCA. Propusieron como factores de alto riesgo para desarrollar BN a los problemas parentales, el abuso físico y sexual y la autoevaluación negativa. Esta última podría estimular una distorsión en la percepción de la propia apariencia (Fairburn, Welch, Doll, Davies & O'Connor, 1997).

Por otro lado, el abuso físico y sexual conlleva sensaciones de falta de límites y de intrusión a la privacidad de las pacientes con diagnóstico de BN (Reich y Cierpka, 1998; Losada, 2011).

Desde una perspectiva psicoanalítica se ha propuesto que las pacientes que sufren de BN tienen una marcada dificultad para separarse de sus progenitores. Es un denominador común entre estas pacientes la carencia de un objeto transicional durante su infancia para facilitar la separación con la madre (Goodsitt, 1983). De esta forma, se ha sugerido que utilizan al propio cuerpo como objeto transicional en el intento de separarse de las madres. Así, con la ingesta de la comida se representa una fusión simbiótica con la madre y con la purga se representa una violenta separación (Sugarman & Kurash, 1982).

También se ha propuesto que el patrón de relación vincular entre los miembros de las familias de las pacientes bulímicas es de tipo aglutinado, que significa que cada miembro de la familia depende de los

otros para mantener un sentido de cohesión, dificultando la autonomía e interdependencia (Gabbard, 2002). Patton, Kessler y Kandel (1997) concluyó, tras experimentos con pacientes con BN, que el atracón es una defensa puesta en marcha frente al temor al abandono.

Siguiendo la línea dinámica, Gabbard (2002) propone que los padres de estas pacientes tienden a proyectar en sus hijas sus propias cualidades negativas, depositaria de todo lo malo. La escuela sistémica interpreta que la homeostasis de la familia es el resultado de que el foco de la enfermedad esté centrado en la hija enferma y no en los problemas vinculares de base.

Se ha propuesto por numerosos autores el énfasis de la etiología en los TCA en la relación entre la hija y la madre. Bruch (1982) ha planteado que cuando la madre no responde empáticamente a las necesidades del niño, sino a las propias, el niño no puede desarrollar la vivencia de sus propios estados corporales ni la función de autocuidado. De esta forma, el niño no puede distinguir el hambre de otras necesidades biológicas o emocionales.

La misma autora propone que los familiares de las personas que desarrollan BN manifestaban una preocupación excesiva por su propia figura corporal y peso. Stice, Agrass y Hammer (1999) han señalado que estas preocupaciones de los padres propulsa el modelamiento de estas conductas a sus hijos, también promovido por la sociedad. A su vez, se ha encontrado que los padres suelen ser más críticos respecto a la apariencia física de sus hijas, lo que incrementa la necesidad de estas de intentar cambiar su aspecto físico (Strong y Houn, 1998).

Se suele observar que las madres utilizan a sus hijas como extensiones de ellas mismas, para validar al propio self (Humphrey, 1988). La disfuncionalidad de la familia tiende a reducir la auto-eficacia y autoestima de sus miembros, dos factores clave en el desarrollo de este trastorno.

Se ha investigado que las dificultades para diferenciar estados emocionales es un factor de riesgo central en los TCA (Bruch, 1982). Esto lleva a que las situaciones estresantes no puedan ser manejadas mediante la toma de conciencia y la adecuada regulación de afectos. De esta forma la alexitimia provoca que los afectos se traduzcan al cuerpo o a conductas impulsivas (Espina, Ortego, Ochoa de Alda & Aleman, 2002); en el caso de las personas que padecen BN, los afectos pueden traducirse en atracones o en conductas purgatorias. Los mismos autores destacan que en las pacientes bulímicas se observa una mayor activación emocional y confusión respecto a las propias emociones.

La alexitimia no constituye sólo un factor de riesgo, sino un mantenedor de la patología, ya que la dificultad para discriminar y expresar los sentimientos es un rasgo sobresaliente de los episodios bulímicos (Bruch, 1982). Otros factores de riesgo asociados a padecer BN son el rechazo a la comida, el comportamiento ritualístico con la misma y los trastornos internalizantes (Childress, Brewerton, Hodges & Jarrrell, 1993). También se asocia a este cuadro como factores de riesgo psicológico las dietas excesivamente estrictas, presión para ser delgadas, la sobrevaloración de la apariencia, insatisfacción corporal, síntomas depresivos y baja autoestima y apoyo social. Estos factores de riesgo predicen con un 92% las conductas de atracón (Stice, Presnell & Spangler, 2002).

Psicología para América Latina

Al igual que en la BN, el grupo etario de la adolescencia es el que posee mayor vulnerabilidad de desarrollar AN. A grandes rasgos se puede decir que, junto el factor mencionado, pertenecer al género femenino y poseer una conducta de dieta son factores de riesgo comunes en las personas que padecen de este trastorno (Morandé, 1999).

En cuanto a los factores de riesgo familiares, suele estar presente como característica de la familia de la paciente que padece AN la evitación de los conflictos. Como consecuencia, no existe un momento de negociación entre los miembros de la familia. Así, los problemas de la matriz familiares quedan sin resolver, amenazando constantemente los vínculos y manifestando superficialmente la inexistencia de dichos conflictos (González, Hidalgo, Hurtado, Nova & Venegas, 2011).

Desde la escuela sistémica, se estudia qué lugar ocupa el paciente en la dinámica familiar para mantener el equilibrio homeostático. Puede ser el caso en las situaciones en las que la familia se sirve del hijo como agente para desviar los conflictos conyugales y así, mantener el equilibrio en la pareja parental (Rausch & Bay, 1997). González, Hidalgo, Hurtado, Nova y Venegas (2011) teorizan que esta característica puede manifestarse en **tres tipos de coaliciones**. **En la primera**, todo lo que el hijo haga o diga tendrá el significado de que toma partido por alguno de sus dos padres, es decir que se produce una alianza entre estos dos miembros denominada triangulación. **El segundo** tipo sólo se diferencia del primero por la estabilidad a través del tiempo que tiene dicha alianza. Por último, **en el tercer** caso, la alianza se produce entre los padres, definiendo al hijo como causante de la problemática familiar. Siguiendo la línea de pensamiento sistémico, Camacho (2006) diferencia los límites de las fronteras familiares. Mientras los límites

claros permiten la diferenciación de los miembros familiares entre sí, las fronteras se refieren a los patrones de vinculación entre el grupo familiar y otros sistemas familiares.

En el caso de las familias de los pacientes con AN se suele observar que los límites son disfuncionales, con patrones de sobreprotección, que retarda el desarrollo y autonomía de los hijos, o con aglutinamiento, que significa que el sentido de individualidad e identidad personal se diluyen en el sistema familiar (Rausch & Bay, 1977). En el primer caso, el riesgo recae en que los hijos tienden a ser incapaces de tomar decisiones por sí mismos, lo que reduce significativamente el sentido de autoeficacia y de locus de control interno (González, Hidalgo, Hurtado, Nova & Venegas, 2011).

En el caso de límites difusos en familias aglutinadas se observa la aparición de alianzas entre los miembros y un subsistema parental pobremente definido.

Bruch (1982) propuso que la conciencia intraceptiva, definida como la capacidad para reconocer las propias emociones, así como sensaciones de hambre y saciedad, no es innata. Se construye a partir de las señales que emite el bebé que tiene hambre, la recepción de la figura de apego, la satisfacción de la necesidad y el alivio posterior del hambre. Cuando la figura de apego no responde adecuadamente a las necesidades del infante, este no es capaz de internalizar la capacidad para identificar el hambre y la saciedad. En la AN se observa que los sujetos no pueden diferenciar entre comer por necesidad para sobrevivir y comer por placer.

Psicología para América Latina

Durante gran parte de la historia se consideró atractivo el cuerpo femenino robusto y, podría considerarse que éste era ideal del cuerpo de una mujer. Esto se debía a que un cuerpo con curvas indicaba un marido o un padre adinerados, en una época en la cual la escasez de alimentos y las enfermedades endémicas eliminaban a un gran número de campesinos. Así, una mujer con un cuerpo fuerte podría resistir los momentos de falta de alimentos y proteger a su familia. En cambio, durante el último siglo, la abundancia de alimentos, especialmente en países desarrollados, ha suscitado el desarrollo de un nuevo ideal corporal: el cuerpo delgado (Del Bosque Chavez, 2004).

Se ha demostrado que los primeros factores de riesgo presentes para desarrollar patología alimentaria son: ser adolescente y mujer (Keel & Forney, 2013). Esto plantea el interrogante de qué diferencias existen con respecto al género en cuanto al impacto de la cultura, teniendo en cuenta que el género se refiere al conjunto de roles atribuidos culturalmente a cada sexo. Los mismos autores proponen que el ideal de cuerpo femenino está relacionado con una figura esbelta, mientras que el ideal de cuerpo masculino se liga a una figura musculosa, lo que podría proteger a los hombres de querer perder peso o desarrollar miedo a ganarlo.

Numerosos estudios hechos en poblaciones con otras etnias han demostrado que la prevalencia de BN y AN es baja (Hoek, Van Harten, Hermans, Katzman, Matroos & Susser, 2005). De hecho, las personas que sí padecían de alguno de los dos trastornos en los experimentos hechos, habían viajado al exterior anterior a desarrollar la enfermedad. Se teoriza que la aparición de BN y AN en poblaciones no occidentales presentan estos trastornos cuando son expuestas al ideal de delgadez propio de la cultura occidental. Becker, Burwell, Gilman, Herzog y

Hamburg (2002) han realizado un estudio longitudinal en la población de mujeres de Fiji a mediados de la década del '90. No se reportó un solo caso de AN o BN y se observó la importancia para estas mujeres en poseer una figura de grandes proporciones. Sin embargo, luego de la introducción de la televisión en la isla y la exposición a la cultura occidental a través de este medio, se reportaron nuevos valores respecto a la importancia de la delgadez en estas mujeres, e incluso, casos de BN. Es decir, que la exposición a la cultura occidental parecería jugar un papel importante en el incremento de BN y AN a nivel mundial.

La escuela psicoanalítica propone que la cultura puede crear las condiciones de vulnerabilidad bulímica y anoréxica, pero que se requieren de otras variables personales y familiares (Montilla Bravo, 2009). La misma autora también destaca los múltiples roles que ocupa la mujer en la actualidad; no sólo se modela como un objeto deseable para el hombre, sino también para el trabajo y situaciones sociales. La entrada a la educación superior y el incrementado narcisismo femenino promovido por los medios y la moda, son elementos que elevan las expectativas puestas en la mujer, que sólo pueden alcanzarse mediante la autoexigencia y autoobservación constantes. Pueden correlacionarse estas características con los síntomas de la AN.

La presión social puja para la promoción de un estereotipo de una mujer perfecta, que todo lo puede. Los anuncios en la televisión muestran mujeres delgadas, saludables, bellas, que trabajan a tiempo completo, son madres comprometidas y triunfadoras. Cuando no se puede alcanzar ese nivel de exigencia, se pueden generar sentimientos de fracaso, disminución del autoestima y de la confianza en sus recursos (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996).

La sociedad actual se caracteriza por un consumo masivo en la cual se propicia el deseo de comer, mediante la publicidad y el marketing, pero, simultáneamente, la industria de las dietas frustra ese deseo. Esto genera mucha confusión respecto a la alimentación y en torno al propio cuerpo (Montilla Bravo, 2009). Asimismo, Rivarola y Penna (2006) destacan que la cultura exige un cuerpo extremadamente delgado, pero a su vez se exigen metas contradictorias con dicha delgadez, como tener un busto grande, lo que termina generando más confusión aún.

Con respecto a los medios de comunicación, son componentes importantes en la vida de la mayoría de los niños y adolescentes pertenecientes a distintas clases sociales (Santellán, 2009). La relación entre AN y BN y la exposición a los medios masivos es ampliamente reconocida (Becker, Burwell, Gilman, Herzog & Hamburg, 2002; Carney & Louw, 2006). La comparación entre el propio cuerpo y los cuerpos de modelos publicitarias de revistas o televisión tiene consecuencias desfavorables para la salud psíquica (Dittmar & Howard, 2004). Es fundamental identificar los agentes mediante los cuales se transmite el ideal de un cuerpo delgado, moda, grupo de pares, familia, de manera de poder paliar sus efectos mediante la adecuada prevención (Toro, Castro, Gila & Pombo, 2005).

Promoción de hábitos saludables y prevención

Hasta la actualidad, el foco de la atención de BN y AN ha sido puesto en la prevención terciaria, es decir, en aquellas estrategias destinadas a la rehabilitación de los cuadros en personas ya enfermas. Sin embargo, el foco de la atención debe dirigirse a estrategias que puedan promover la salud mental antes de poder identificar a sujetos en riesgo para que no desarrollen el cuadro (Noordenbos, 1994). La misma autora resalta que esto es esencial, ya que una vez que el cuadro se ha cronificado, su tratamiento resulta complejo y el pronóstico se torna desfavorable (Vandereycken, & Meermann, 1984)

Para la tarea del diseño de adecuados programas de prevención de BN y AN es necesario conocer los factores de riesgo asociados a dichas enfermedades, razón por la cual se han descrito en este trabajo los múltiples factores de riesgo que aumentan la posibilidad de un individuo de padecer una patología. Cuando no se tienen en cuenta los factores de riesgo durante el tratamiento, las recaídas en comportamientos bulímicos o anoréxicos son esperables. Es así como los especialistas en prevención primaria pueden aprender de los especialistas en prevención terciaria y viceversa (Noordenbos, 1994).

Tomando como base la carta a Ottawa de Promoción de la salud (OMS, 1998), la promoción de salud mental implica la instauración de circunstancias individuales y sociales que promuevan el desarrollo psicofisiológico óptimo en cuanto a la calidad de vida de la persona. La promoción de la salud abarca un amplio espectro de acción: des-

Psicología para América Latina

de medidas políticas y legislativas, hasta intervenciones individuales destinadas a crear un ambiente favorable (Rosenvinge & Borresen, 1999).

Como señala Jané-Llopis (2005) existe suficiente evidencia para concluir que los programas de promoción de la salud generan beneficios para los individuos y para la sociedad en general.

Teniendo en cuenta que múltiples de los factores de riesgo asociados a la BN y AN se encuentran en el ámbito familiar, es fundamental poner en marcha estrategias de promoción de la salud que contemplen las características propias de una familia sana. A nivel general, Correa y Hernández (2008) delinear algunos de los aspectos a tener en cuenta para la promoción de conductas sanas en el seno familiar. En primer lugar, la familia debe intentar centrarse en las aspiraciones, necesidades y deseos de sus distintos miembros y que éstas sean un motor de su accionar. Esto también estimula la autonomía de cada uno de los individuos y la captación de cada uno como un ser diferenciado, de manera de no vivir estas desigualdades de manera amenazante. También se promueve que cada miembro sea destinatario e interlocutor de la normativa familiar. Así, las pautas relaciones no estarán establecidas de manera rígida e inmodificable y cada miembro puede pensarse como partícipe en las construcción de los vínculos interaccionales.

Otro foco principal en la promoción de la salud está dirigida a niños y adolescentes. El pilar de esta estrategia es el apoderamiento (Rosenvinge & Borresen, 1999), conformado por estrategias de afrontamiento, estrategias de manejo del estrés y control personal.

Si bien la familia es un agente esencial en la promoción de hábitos saludables, dichos hábitos deben ser incorporados a todas las actividades en las que el ser humano está inserto, ya que el bienestar social y emocional que se desarrolla en la infancia temprana debe ser sostenido a lo largo de toda la vida del individuo (McHenry & Donovan, 2013). Un adecuado abordaje de promoción debe abarcar programas en las escuelas, universidades, transportes, lugares de trabajo, servicios a la comunidad, etc.

En cuanto a la promoción de hábitos saludables en las escuelas, Lendrum, Humphrey y Wigelsworth (2013), proponen que los programas destinados a niños y adolescentes son universales, lo que genera una inmunización en chicos vulnerables contra futuras dificultades y además, evita la estigmatización propia de intervenciones destinadas a chicos en riesgo ya identificados. Estos autores utilizaron el modelo de inteligencia emocional de Goleman (1995) y desarrollaron un programa de intervención para mejorar el aprendizaje, los logros, comportamiento positivo, auto eficacia, salud emocional y bienestar.

Discusión

La prevención se encuentra intrínsecamente ligada a detectar los factores influyentes en el desarrollo de la patología para así amortiguar su impacto en el sujeto que se encuentra en riesgo. Es así como es necesario el estudio acerca de los múltiples agentes y circunstancias que aumentan la vulnerabilidad de una persona a padecer un Trastornos de la Conducta Alimentaria para poder actuar antes de que se desarrolle en un cuadro clínico completo. La dificultad de este objetivo radica en que los estudios acerca de la etiología en Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa no pueden especificar con claridad la interacción que existe entre los diferentes factores de riesgo.

En los factores de riesgo de los aspectos psicológicos se evidencia suficiente que respalda que hay determinados estilos cognitivos específicos presentes tanto en la Bulimia Nerviosa como en la Anorexia Nerviosa, que las familias contribuyen en mayor o menor medida en la aparición o perpetuación del cuadro, especialmente el vínculo hija y madre, y que las personas en riesgo de padecer un Trastornos de la Conducta Alimentaria presentan otros síntomas psiquiátricos asociados. Los estudios resaltan que los efectos de los factores de riesgo social que impactan en una personalidad vulnerable, tanto a nivel biológico como psicológico, tienen un asidero. Es decir, que los factores sociales por sí mismo difícilmente sean la causa del desarrollo de Bulimia Nerviosa o Anorexia Nerviosa, pero la suma del riesgo psicológico, ambiental y social podría tener un efecto exponencial y producir estas patologías.

En cuanto a la comparación de distintas estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria, y de promoción de la salud, se concluye que es un área de capital importancia para poder mejorar la calidad de vida de las personas así como para detener el curso de un Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La prevención terciaria ha sido la más estudiada hasta la actualidad, lo que demuestra que todavía debe investigarse más acerca de prevención primaria y secundaria. Además, los programas de prevención todavía no han demostrado que puedan detener el curso de un cuadro clínico de Bulimia Nerviosa o Anorexia Nerviosa. Investigaciones llevadas a cabo en prevención primaria o secundaria acaban por tener un objetivo informativo del trastorno más, que preventivo. Es por esta razón que deben pensarse estrategias de prevención que puedan reemplazar el beneficio secundario que brinda la enfermedad al que el enfermo de Bulimia Nerviosa o Anorexia Nerviosa se aferra para mantener su cohesión psíquica. Este es un verdadero desafío para la prevención dado que los adolescentes se encuentran expuestos a múltiples factores de riesgo constantemente

Futuras Líneas de Investigación

Se considera que todavía deben profundizarse las investigaciones en cuanto a la prevención en función de la etiología. Para hacerlo deben tenerse en cuenta las limitaciones de las investigaciones ya realizadas y profundizar en aquellos aspectos de relevancia clínica. Es fundamental que todos los actores sociales se impliquen en la prevención de estas patologías ya que, como se ha expuesto en este trabajo, los factores de riesgo son de índole múltiple y sólo la acción conjunta de la familia, escuela, instituciones de educación superior, hospitales, agencias de publicidad y moda pueden generar un cambio duradero respecto a los estereotipos culturales, a una alimentación saludable, promoción de vínculos interpersonales profundos y mejorar la expresión de emociones. En conjunto, es necesario apuntar a mejorar la calidad de vida de las personas padecen de Bulimia Nerviosa y Anorexia Nerviosa o que se encuentran en riesgo de desarrollar un Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Referencias

- Arikian, A., Keel, P., Miller, K., Thuras, P., Mitchell, J. & Crow, S. J. (2008). Parental psychopathology as a predictor of long-term outcome in Bulimia Nervosa patients. *Eating Disorders*, 16(1), 30-39.
- Baldares, M. J. V. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482.
- Becker, A.E., Burwell, R.A., Gilman, S.E., Herzog, D.B. & Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 180, 509-514.
- Becker, A.E., Grinspoon, S.K., Klibanski, A., Herzog, D.B.(1999). Eating disorders. *New England Journal of Medicine*, 340(14), 1092-1098.
- Birmingham, C.L, Su J., Hlynsky J.A., Goldner E.M & Gao M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 1073-1074.
- Blouin, A. G., Zuro, C., & Blouin, J. H. (1990). Family environment in bulimia nervosa: The role of depression. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 649-658.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139(12), 1531-1538.
- Cabranes J., Gil I, Gómez C., Gual, P., Julián R., Ponce de León C. (2000). Protocolo de atención a pacientes con trastorno del comportamiento alimentario dirigidos a médicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones, 2000.

Psicología para América Latina

- Camacho, J. (2006). Panorámica de la terapia sistémica. Recuperado en <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo33.pdf> el día 07/10/2014
- Carney, T. & Louw, J. (2006). Eating disordered behaviors and media exposure. *Social Psychiatry, Psychiatric Epidemiology*, 41, 957-966.
- Childress A., Brewerton T., Hodges E. & Jarrell M. (1993) The kids' eating disorder survey (KEDS): a study of middle school students. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(4), 843-850.
- Correa, M. V. B., & Hernández, M. B. (2008). La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(3), 344-354.
- Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (1996). Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber. Barcelona: Gédisa, 39-40.
- Dancyger, I., Fornari, V., & Sunday, S. (2006). What may underline differing perceptions of family functioning between mothers and their adolescent daughters with eating disorders? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(2), 281-286.
- Del Bosque Chávez, M. (2004). El espejo de mí: Taller para la prevención de trastornos alimentarios. Tesis doctoral. Universidad Veracruzana. Veracruz, México.
- Demarest, J. & Allen, R. (2000). Body image: gender, ethnic, and age differences. *Journal of Social Psychology*, 140, 465-472.
- Di Bártolo, I. (2003). Factores de riesgo para la salud mental en la niñez. Memorias de las X Jornadas de Investigación. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, 50-53.
- Dittmar, H. & Howard, S. (2004). Thin-Ideal Internalization and Social Comparison Tendency as Moderator of Media Models Impact on Women's Body-Focused Anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 768-791.
- Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, L. & Aleman, A. (2002). Alexitimia en los trastornos alimentarios. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 28(117).
- Fairburn, C., Cooper, Z., Doll, H. & Welch, S. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. *Archives of General psychiatry*, 54(6), 509-517.
- French, S.A., Story, M., Remafedi, G. & Resnick, MD. (1996). Sexual orientation and prevalence of body dissatisfaction and eating disordered behavior: a population-based study of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 119-126.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría dinámica en la práctica clínica*. España. Editorial médica Panamericana.
- Gil, E., Sanz, J. & Pujol, J. (2000). *Gestión de Poder y constitución de Subjetividad en la Práctica Psicológica: un Análisis de las Definiciones Clínicas de Anorexia*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Nueva York: Bantam
- González, L., Hidalgo, M., Hurtado, M., Nova, C., & Venegas, M. (2011). Relación entre factores individuales y familiares de riesgo para desórdenes alimenticios en alumnos de enseñanza media. *Revista de Psicología*, 11(1), 91-115.
- Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2(3), 51-60.
- Gordon, R. A. (1990). *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a social epidemic*, Cambridge: Basil Blackwell.

Psicología para América Latina

- Haggerty, R.J., Sherrod, L.R., Gamezy, N. & Rutter M. (1994) Stress, Risk and Resilience in Children and in Adolescents: Processes, Mechanisms and Interventions. Cambridge University Press: New York.
- Hoek H.W., Van Harten, D., Hermans K.M., Katzman M.A., Matroos G.E. & Susser S.E. (2005). The incidence of Anorexia Nervosa in Curacao. *American Journal of Psychiatry*, 162, 748-752.
- Humphrey, L. L. (1986). Family relations in bulimic-anorexic and nondistresses families. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 223-232.
- Humphrey, L. L. (1988). Relationships within subtypes of anorexic, bulimic, and normal families. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(5).
- Instituto Nacional de Salud Mental (2011). Trastornos de la alimentación. Estados Unidos. Recuperado 19/08/2014: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-la-alimentaci-n/eating-disorders.pdf>
- Jané-Llopis, E. (2005). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 67-79.
- Johnson, C., & Flach, R. A. (1985). Family characteristics of bulimic and normal women: A comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1321-1324.
- Keel, P. K., & Forney, K. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal Of Eating Disorders*, 46(5), 433-439.
- Kendler, K. S., Waters, E. E. & Neale, M.C. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: phobia, generalized anxiety disorders, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 374-383.
- Kog, E., & Vandereycken, W (1985). Family characteristics of anorexia nervosa and bulimia: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 5, 159-180.
- Lendrum, A., Humphrey, N. & Wigelsworth, M. (2013). Social and emotional aspects of learning for secondary schools: implementation difficulties and their implications for school-based mental health promotion. *Child & Adolescent Mental Health*, 18(3), 158-164.
- Loria Kohen, V., Gómez Candela, C., Lourenço Nogueira, T., Pérez Torres, A., Castillo Rabaneda, R., Villarino Marin, M., Bermejo
- López L. y Zurita, L. (2009). Evaluación de la utilidad de un Programa de Educación Nutricional en Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 24(5), 558-567.
- Losada, A. (2011). Abuso sexual y patologías alimentarias. Tesis doctoral. Universidad Católica Argentina. Buenos Aires, Argentina.
- Losada, A. & Whittingslow, M. (2013). Técnicas de la terapia sistémica en trastornos de la conducta alimentaria, *Revista Borromeo*, (4), 393-424.
- Marshall, M. & Lockwood, A., Lewis, S. & Fiander, M. (2004). Essential elements of an early Intervention service for psychosis: the opinions of experts clinicians. *BMC psychiatry*, 4(1), 17.
- McGorry, P. D. & Yung, A. R. (2003). Early intervention in psychosis: An overdue reform. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 393-398.
- McHenry, J. & Donovan, R. (2013). Developing the Perth Charter for the promotion of mental health and wellbeing. *Advances in Mental Health*, 12(1), 8-10.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. España: Gédisa.
- Mitusi, G., Buelga, S., Lila, M. & Cava, M. J (2001). *Familia y Adolescencia*. Madrid: Síntesis

Psicología para América Latina

- Montilla Bravo, D. (2009). Una perspectiva psicoanalítica de los trastornos alimentarios a la luz de la cultura y el género En Panzzita, M.T. (comp.) *Trastornos de la Conducta Alimentaria* (pp. 15-23). Buenos Aires: RV-Kristal, Ediciones.
- Morandé, G. (1999) Conductas de riesgo en adolescentes, *Trastornos por hacer dieta. Anorexias y Bulimias Nerviosas. Psyke*, 8(2), 31-42.
- Noordenbos, G. (1994). Problems and possibilities of the prevention of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 2(3), 126-142.
- Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción de la salud, Glosario. Ginebra. Recuperado 9/06/2014: https://extranet.who.int/iris/restricted/bits-tream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
- Palla, R. & Litt, I. (1988). Medical complications of eating disorders in adolescents. *Pediatrics*, 81, 613-623.
- Patton, S., Kessler, R. & Kandel, D. (1997). Depressive mood and adolescent illicit drug use: a longitudinal analysis. *Journal of Genetic Psychology*, 131, 267-289.
- Pérez Camarero, S., Rojo Mora, N. & Hidalgo vega, A. (2009). La salud mental de las personas jóvenes en España. *Revista de estudios de juventud*, 84.
- Pinhas, L., Toner, B., Ali, A., Garfinkel, P. & Stuckless, N. (1999). The effects of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 223–226.
- Rausch, C. Y Bay, L. (1997) *Anorexia Nerviosa y Bulimia: amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Reich, G. & Cierpka M. (1998). Identity conflicts in bulimia nervosa: psychodynamic patterns and psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 18, 383-402.
- Rivarola, M. F., & Penna, F. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 8(2), 61-72.
- Rosenvinge, J. H., & Borresen, R. (1999). Preventing eating disorders: Time to change programmes or paradigms? Current update and further recommendations. *European Eating Disorders Review*, 7(1), 5-16.
- Santellán, M. (2009). Adolescencia Femenina, y Prevención Primaria de los Trastornos de Alimentación En Panzzita, M.T. (comp.) *Trastornos de la Conducta Alimentaria* (pp. 173-184). Buenos Aires: RV-Kristal, Ediciones.
- Shaw, D.S., Owens, E.B., Vondra, J.I., Keenan, D. & Winslow, E.B. (1997). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 8(4), 679-699.
- Schmidt, U. (2003). Aetiology of eating disorders in the 21(st) century: New answers to old questions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 130–137.
- Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J., & Hussain, N. (1991). Personality and family disturbances in eating disorders patients: Comparison of “restricters” and “bingers” to normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 10(5), 501-512.
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T., Walker, S., Miller, S., Sagar, A. & Lock J. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European child and adolescent psychiatry*, 12, 38-46.
- Stice, E., Agrass, WS. & Hammer, L.D. (1999). Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 375-387.
- Stice, E. & Ragan, J. (2002). A controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 159–171.

Psicología para América Latina

Stice, E., Presnell, K. & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychology* 21(2), 131–138.

Stice, E., Ng, J. & Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 518 – 525.

Strong, K.G. & Huon, G.F. (1998). An evaluation of a structural model for studies of the initiation of dieting among adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 315-326.

Sugarman A. & Kurash, C. (1982). The body as a transitional object in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 1(4), 57-6.

Tachi, T. (1999). Family environment in eating disorders: a study of the familial factors influencing the onset and course of eating disorders. *Psychiatria et Neurologia Japonica*, 101(5), 427-445.

Toro, J.J., Castro, J.J., Gila, A.A. & Pombo, C.C. (2005). Assessment of sociocultural influences on the body shape model in adolescent males with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 13(5), 351-359.

Vandereycken, W. & Meermann, R. (1984). Anorexia nervosa: is prevention possible? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 14(13), 191-205.

Wonderlich, A., Crosby, R., Mitchell, J., Thompson, K., Redlin, J., Demuth, G., Smyth & J. Haseltine, B. (2001). Eating disturbances and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 410–412.